

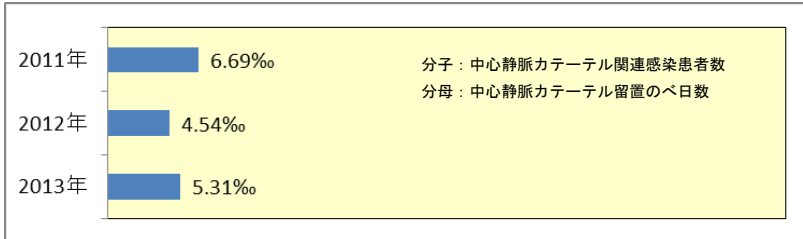


診療情報管理委員会ニュース

(2011年～2013年間：臨床指標結果報告)

VOL. 1 2014年4月 診療情報管理委員会

【中心静脈カテーテル関連血流感染率】



※分子解釈：発症病名にカテーテル感染症のある患者 (全日本民医連 QI 推進事業より)

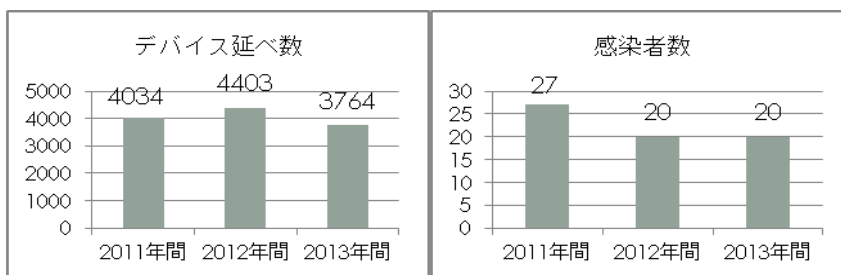
指標の意義

○血流感染は重篤な転帰となることが多いことから、マキシマムプリコーション(高度無菌遮断予防策)が一般的には推奨されています。感染予防策・手技の徹底だけではなく、栄養状態の改善、栄養摂取方法の選択、他感染症の治療の適切性など総合的な質が求められ、留置日数が長くなればリスクも高くなります。それらの院内感染対策の充実度、特に刺入部のケアや一般的な清潔操作の遵守を反映する指標です。

○発生率は‰(パーミル：千分率)で表します。

＜感染管理認定看護師より＞

2011年は西館のサーベイランスは始めておらず300床でのデータであり、デバイス延べ数・感染数ともに多かったことがわかる。2012年にはCVC挿入時と挿入中の皮膚消毒剤を変更した。変更に伴いCVC挿入時の手技を確認したり、留置中の管理手順を変更したことなどがあって多少は感染数減少に影響したのかもしれない。2013年はデバイス延べ数が約600本減少している。GLAB SIはデバイス延べ数が減少するほど感染本数の変化が大きく、感染率の変化に現れるため、2013年の感染率が大きく上昇している。



「臨床指標」とは??

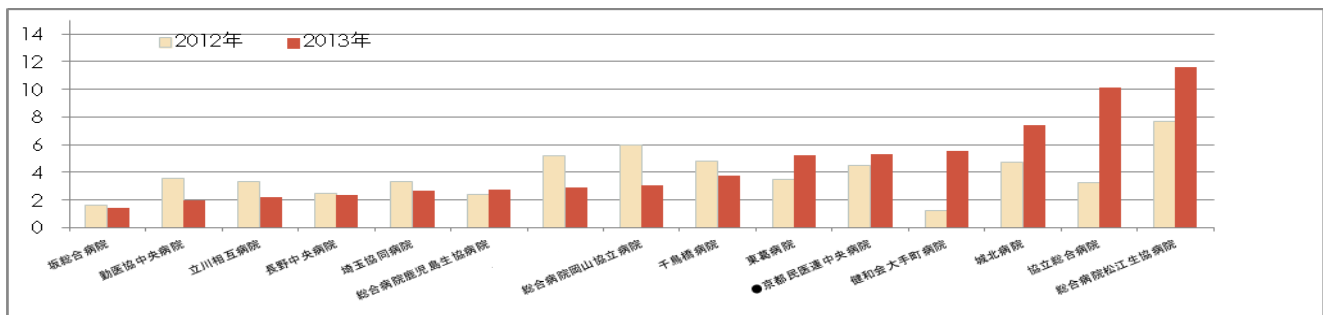
●「臨床指標」とは日々行われている医療サービスの内容を、数や割合で出す事で「見える化」し評価・改善するための測定ツールを指します。質指標(クリニカルインディケーター：QI)とも呼ばれています。

●臨床指標をホームページやパンフレット上で公開している施設が増えており、注目されている事が分かります。

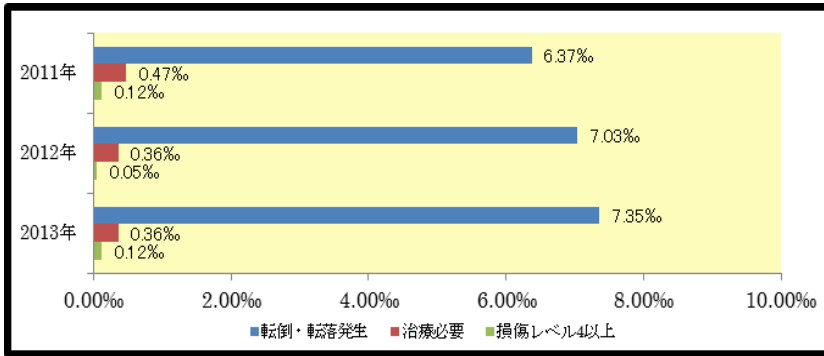
●当院では、「全日本民医連 QI 推進事業(厚労省事業採択)」・「日本病院会 QI プロジェクト」・「京都大学 QIP プロジェクト」に参加し、臨床指標やDPCデータの提出を行っています。

●他施設比較として、全日本民医連 QI 推進事業のデータ(300床以上の参加院所)を掲載いたします。

※一般公開許可のある施設のみ院所名を載せております。



【転倒・転落発生率 (※発生率=インシデント報告率)】



分子：①入院患者の転倒・転落件数 ②治療必要とする転倒・転落件数 (全日本民医連 Q1 推進事業より)
③損傷レベル4以上の転倒・転落件数

分母：入院患者延数(24時在院患者+退院患者の合計)

※損傷レベルについて※

治療を必要とするもの … 当院：レベル3a→軽微な処置・湿布・傷処置・内服など
損傷レベル4以上 … 当院：レベル3b以上→骨折・手術・入院延期など
(各施設ごとにレベル設定が異なるため、詳細なレベル内訳について注意が必要)

指標の意義

○転倒・転落を予防し、外傷を軽減するための指標です。特に、治療が必要となった患者様を把握していくことが重要となります。

○発生率は‰(パーミル：千分率)で表します。

<安全管理室担当者より>

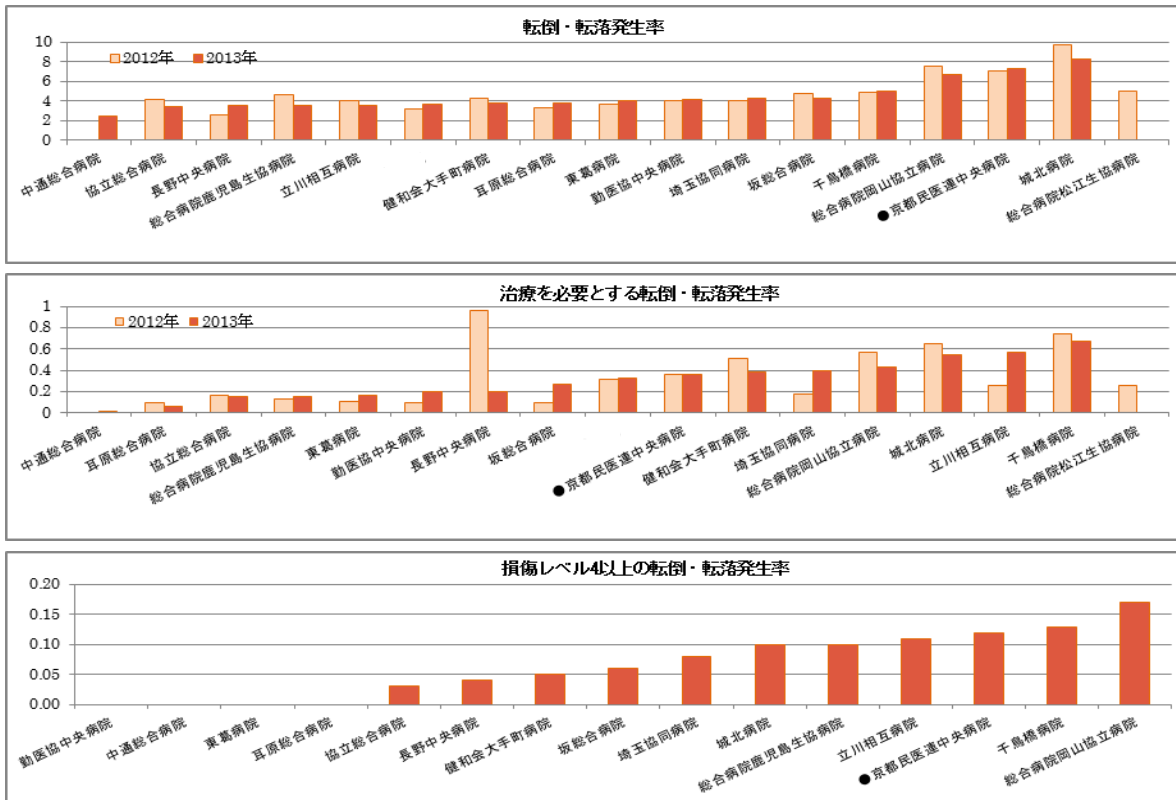
2011年10月の西館開設に伴い病床数が411床となったため、2012年・2013年の報告数が増え、発生率の増加に反映している。損傷率は2012年の「損傷レベル4以上の発生率」が下がっている。転倒予防センサーの設置など対策はとっているが、全体としては2011年～2013年で変化はないと考える。当院での転倒・転落報告の中には未然に防止できたものも含まれるため、その事が他施設に比べ報告数が多い要因の一つと考える。

【他施設比較】に関して

●臨床指標はそれぞれ医療の一面を捉えるもので、また必ずしも100%(もしくは0%)を目指すものではありません。

●他施設比較により大まかなベンチマークが可能となります。

●しかし、臨床指標は各施設で医療の見直し・向上に利用することを目的としており、施設ごとに医療機能が違うため、単純なランク付け・順位付けをするためのものではない事をご理解ください。そのため、自施設内での経年変化(縦比較)が重要となります



※損傷レベル4以上は2013年より開始

